# Patientensteuerung in der Notfallversorgung – aus Sicht der KVen

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Jörg Hoffmann
23. November 2017

# Agenda

1. Rechtlicher Rahmen
2. Erfordernis der Patientensteuerung
3. Vorschläge des Sachverständigenrats Gesundheit sowie von KBV und Marburger Bund
4. Initiativen in Hessen
5. Ausblick

# § 75 Abs. 1b SGB V

- Sicherstellungsauftrag auch für sprechstundenfreie Zeit, § 75 Abs. 1b SGB V
- Abgrenzung von Rettungsdienst
- Vertragsärztliche Aufgabe, klare Trennung von Krankenhaustätigkeit
- Aber: Kooperation und organisatorische Verknüpfung mit Krankenhäusern durch
  - Einrichten von Notdienstpraxen an Krankenhäusern
  - Einbinden der Notfallambulanzen (KH) in Notdienst
- KH unter Voraussetzung des § 76 SGB V zur Leistungserbringung im Notdienst berechtigt

# § 87 Abs. 2a S. 23 SGB V

- Regelungsauftrag an Ergänzten Bewertungsausschuss: Einheitliche Vergütung ärztlicher Versorgung in Notfall und Notdienst, differenziert nach Schweregrad der Fälle
- EBM ab 1. April 2017
  - Abklärungspauschale 01205 und 01207
    - Auch hier Vorrang der ambulanten Versorgung
    - Erkrankung bedarf keiner sofortigen Maßnahme, ggf. erforderliche nachfolgende Versorgung durch Vertragsarzt außerhalb Notfallversorgung möglich
  - Schweregradzuschläge 01223, 01224, 01226

# BSG: Vorrang Vertragsärzte

- BSG: Teilnahmeberechtigung der Krankenhäuser an Notfallversorgung eröffnet keinen zweiten Versorgungsweg für vertragsärztliche Versorgung in KH-Ambulanzen (Urt. v. 2.7.2014, B 6 KA 30/13 R)
- keine regulären vertragsärztlichen Behandlungen in KH-Ambulanz, die nach Umfang und Ausrichtung über Notfallversorgung hinausgehen
- keine regulären Sprechstunden in KH
- Gesetzlicher Vorrang der Vertragsärzte in ambulanter ärztlicher Versorgung

# Patientenwille ohne Gewicht

- *„Allein der Wunsch eines Versicherten nach einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus verbunden mit der Geltendmachung akuten Behandlungsbedarfs stellt zu Zeiten regulärer vertragsärztlicher Sprechstunden keinen „Notfall“ iSd § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V dar, der allein den Krankenhäusern den Zugang zur ambulanten Versorgung der Versicherten eröffnet.“* (BSG, Urt. v. 2.7.2014, B 6 KA 30/13 R)
- Beschränkung auf tatsächliche Akutversorgung zu sprechstundenfreien Zeiten

# Agenda

1. Rechtlicher Rahmen
2. Erfordernis der Patientensteuerung
3. Vorschläge des Sachverständigenrats Gesundheit sowie von KBV und Marburger Bund
4. Initiativen in Hessen
5. Ausblick

# Aktuelle Situation

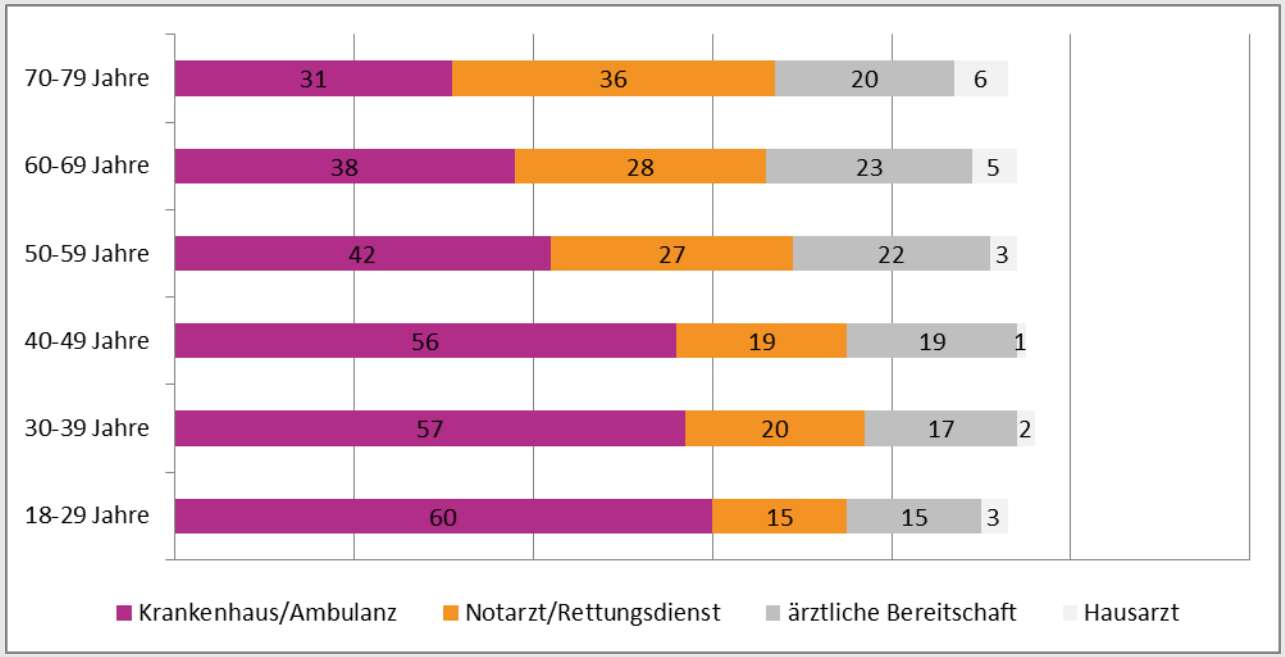
- BSG, Urt. v. 2.7.2014, B 6 KA 30/13 R stellt fest: vielfach kaum koordiniertes Nebeneinander von vertragsärztlich organisiertem Notdienst und faktisch dominierender Inanspruchnahme der KH-Notfallambulanzen
- Viele Patienten keine echten Notfälle, auch nicht nach subjektivem Empfinden (vgl. Studie PiNo Nord „Patienten in der Notaufnahme von norddeutschen Kliniken“)
- Patienten gehen aus verschiedenen Gründen direkt ins KH
  - vermeintlich schnellere und bessere Versorgung - hohes Anspruchsdenken (24-Std.-Versorgung) und Bequemlichkeit
  - Patient ohne Hausarzt, insb. in Großstädten
  - Patient kennt System nicht

# Hauptproblem

- Befindlichkeitsstörung
- Bestätigt durch Versichertenbefragung KBV 2017
  - Fast 50% der Befragten gehen zu sprechstundenfreien Zeiten automatisch in KH-Ambulanzen
  - Fast 70% kennen 116117 nicht
- Dr. Andreas Gassen: „*Es kann nicht sein, dass jeder hingeht, wo er will*“

# KBV-Versichertenbefragung

- Wohin wenden Sie sich, wenn Sie nachts oder am Wochenende ärztliche Hilfe benötigen?




Quelle: Versichertenbefragung der KBV 2017

# Diagnosen

- Die 10 häufigsten Diagnosen in den KH-Ambulanzen im Jahr 2016

| ICD- Code | Bezeichnung ICD | Häufigkeit |
|---|---|---|
| S93.40 | Verstauchung/Zerrung des oberen Sprunggelenks | 17.102 |
| J06.09 | Akute Infektion der oberen Atemwege | 16.691 |
| S61.0 | Offene Wunde am Finger ohne Schädigung des Nagels | 16.133 |
| R10.3 | Schmerzen mit Lokalisation im Unterbauch | 15.698 |
| S60.2 | Prellung Handgelenk/Hand | 14.911 |
| S20.2 | Prellung des Thorax | 13.119 |
| S80.0 | Prellung des Knies | 12.017 |
| R10.4 | Sonstige Bauchschmerzen | 11.043 |
| S13.4 | Verstauchung/Zerrung der Halswirbelsäule | 10.283 |
| S00.95 | Prellung des Kopfes | 9.824 |

# Abrechnungsdaten

- Geringes Volumen bei Abrechnung der Abklärungspauschale
- Zahlreiche hessische KH haben diese Ziffer überhaupt nicht angesetzt
- Dagegen aber auch KH, in denen bis über 90% der Patienten eines Quartals in ambulanten Sektor verwiesen wurden
- Zahlen:
  - Im Quartal 2/2017 wurden insgesamt 184.205 Fälle in KH behandelt
  - Davon nur in 2,9% der Fälle Abklärungspauschale angesetzt

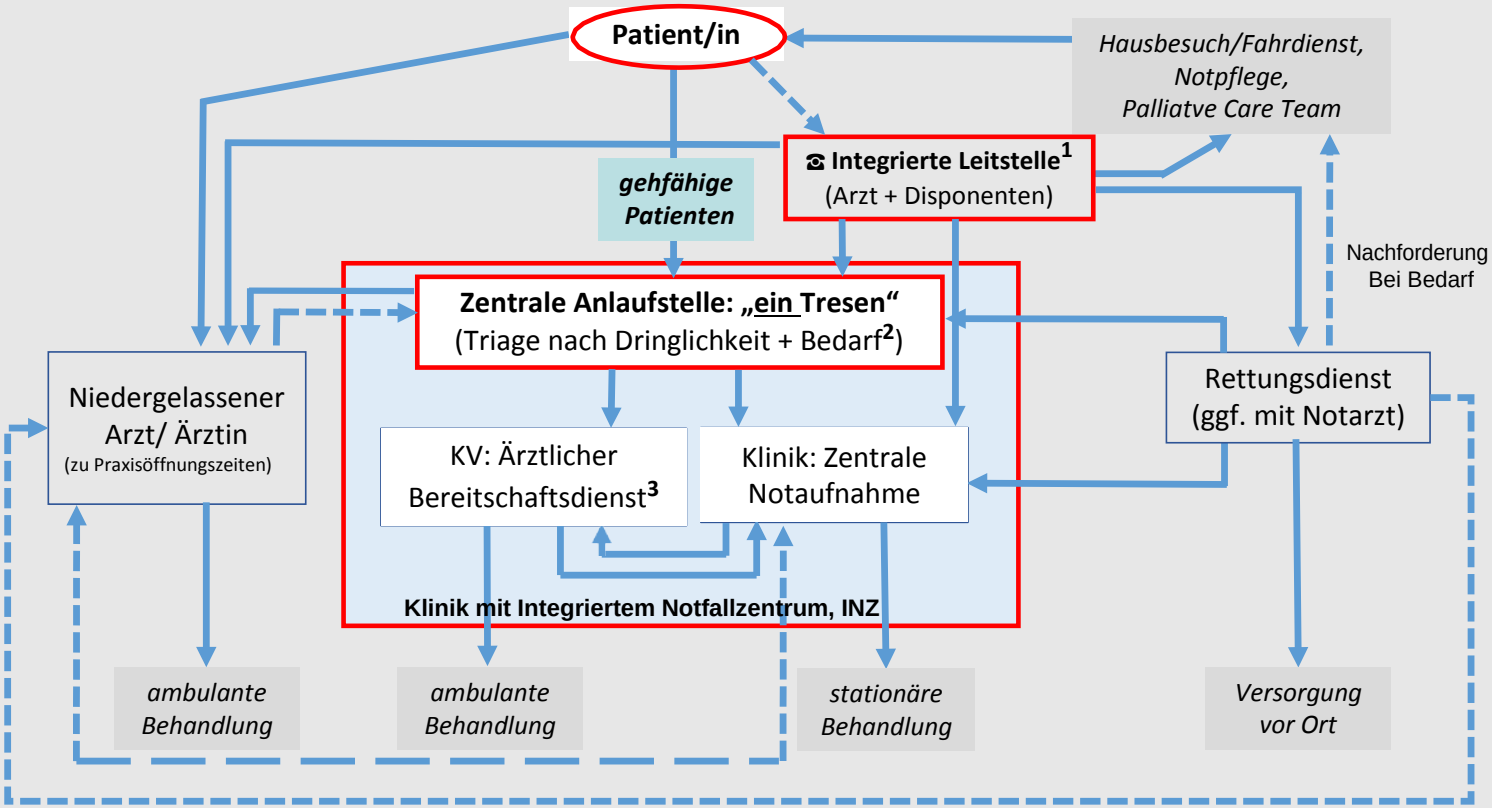
# Aber: Spontanversorgung

- Wahrnehmung: KH-Ambulanzen überrannt von „falschen“ Patienten, können ihre eigentliche Aufgabe der echten Notfallversorgung nicht erfüllen
- Notfallversorgung während Sprechstundenzeiten findet in der ambulanten Versorgung statt
  - keine Kennzeichnung dieser „Notfälle“ (= Patienten ohne Termin, z.B. mit Erkältung, Grippe, Rückenschmerzen)
  - Kennzeichnung nur am Wochenende oder nachts
- 2.608 hausärztliche Praxisstandorte in Hessen, 5 Patienten ohne Termin pro Tag: rund 13.000 Fälle pro Tag und 800.000 Fälle pro Quartal
- Dagegen 178.891 ambulante Notfallbehandlungen in KH-Ambulanzen hessenweit in 2/2017 insgesamt

# Agenda

1. Rechtlicher Rahmen
2. Erfordernis der Patientensteuerung
3. Vorschläge des Sachverständigenrats Gesundheit sowie von KBV und Marburger Bund
4. Initiativen in Hessen
5. Aussicht

# Entwurf zur Integrierten Notfallversorgung - SVR




1 nutzt Notfall-Algorithmen / Versorgungspfade, Zugriff auf verfügbare Ressourcen, bucht Termine bei zentraler Anlaufstelle
2 Triage möglichst durch Generalisten, breit weitergebildete (Allgemein-)Mediziner mit notfallmedizinischer Erfahrung
3 ggf. mit kinder- und/oder augenärztlichem Bereitschaftsdienst und/oder psychiatrischem Kriseninterventionsdienst

# Eckpunkte SVR zur Integrierten Notfallversorgung

- Voll integrierte Leitstelle mit nur einer Rufnummer, Beendigung der „Kleinstaaterei“ mit einer Leitstelle je Landkreis
- Triage in Integrierten Notfallzentren (INZ)
- Patientensteuerung über
  - Patienteninformation, z.B. auch über Wartezeiten via App
  - IT-gestützte Versorgungspfade
  - Terminvergabe nur bei vorherigem Anruf in Leitstelle
- Flankierende Maßnahmen, u.a. Ausweitung Sprechzeiten Vertragsärzte, auch Samstags- und Abendsprechstunden

# Konzeptpapier KBV/MB – Notfallversorgung aus ärztlicher Sicht

- Zentrierung der Strukturen durch Einrichtung gemeinsamer medizinischer Anlaufstellen durch die Vertrags- und Krankenhausärzteschaft grundsätzlich am KH
- Koordinierung der Behandlung durch Vernetzung beider Strukturen, auch IT-technisch
- Ersteinschätzung an allen primären Anlaufstellen basierend auf einheitlichem System mit medizinisch geschultem Fachpersonal
- Vernetzung aller telefonischer Anlaufstellen
- Angebot der Koordination der über die unmittelbare Notfallbehandlung hinausgehenden, weiteren med. Versorgung
- Sicherstellung Teilnahme am Bereitschaftsdienst

# Vergleich der Konzepte

- Vorschläge ähneln sich in den zentralen Punkten
- Beide Vorschläge sehen die Verzahnung und Zusammenarbeit von ambulantem Notdienst und KH-Ambulanzen als wesentliches Ziel
- Ebenfalls zentral ist die Information der Patienten, ohne deren Mitwirkung Veränderungen schwierig bleiben

# Agenda

1. Rechtlicher Rahmen
2. Erfordernis der Patientensteuerung
3. Vorschläge des Sachverständigenrats Gesundheit sowie von KBV und Marburger Bund
4. Initiativen in Hessen
5. Ausblick

# Leitstelle für medizinische Notfälle

- Ausgangslage ÄBD: Zwei Leitstellen hessenweit zur Organisation des Hausbesuchsdienstes
- Ausgangslage Rettungsdienst: 26 Leitstellen, eine je Landkreis
  - Zuständigkeit endet an der Landkreisgrenze
  - Kleinräumige Organisation, zusätzlicher Aufwand bei Weitergabe eines Notrufs
- Problem bei jetziger Struktur: Zuständigkeit endet nicht bei ärztlicher Versorgung, sondern umfasst auch andere Themen wie Feuerwehr und Katastrophenschutz
- Vorstellung KV Hessen: explizite Leitstelle für medizinische Fragestellungen (vgl. niederländisches Modell der *Huisartsenposten*)

# Partnerpraxen - 1

- Vertragsarztpraxen in Nähe von KH, die Patienten aus KH-Ambulanzen tagsüber kurzfristig aufnehmen
- Vermittlung der Patienten von KH an Partnerpraxis
- Entfernung von KH
  - Im ländlichen Bereich 10 km
  - Im städtischen Bereich 5 km
- Telefonische Erreichbarkeit für Krankenhäuser mindestens
  - Montag, Dienstag, Donnerstag 7:30 bis 17:30 Uhr
  - Mittwoch und Freitag 7:30 bis 14:00 Uhr

# Partnerpraxen - 2

- Freiwillige Leistung der Vertragsärzte
- Große Bereitschaft aus Vertragsärzteschaft
  - Erster Aufruf für Partnerpraxen im Mai 2017
  - Prozess inzwischen etabliert
- Aktuell 289 Partnerpraxen, die mit 93 KH zusammenarbeiten
  - Im städtischen Raum kommen mehr Partnerpraxen auf ein KH als im ländlichen Raum
  - Praxen arbeiten teilweise mit mehreren KH zusammen

# Kooperation zwischen ÄBD und KH (Triage) – 1

- Pilotprojekt mit Unterstützung des Landes Hessen, Start am 1. Oktober 2017
- Steuerung der Patientenströme durch zentrale Anlaufstelle mit Portalfunktion
  - Gemeinsamer Eingangsbereich und gemeinsame Patientenanmeldung
  - Separate Behandlungsräume für ÄBD
  - Steuerung durch qualifiziertes medizinische Fachpersonal
  - Gemeinsam erarbeitete Empfehlungen und Dokumentationsbogen als Leitfaden
- Laufzeit 2 Jahre, danach Evaluation

# Kooperation zwischen ÄBD und KH (Triage) – 2

Stefan Grüttner, Hessischer Sozialminister, am 13. Oktober 2017 :
„*Dieses Modell ist deshalb so bedeutsam, weil es helfen wird, die noch bestehenden Grenzen zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren im Interesse des Patienten zu überwinden. Schwerwiegende Notfälle können somit unmittelbar vom Klinikarzt versorgt werden, während ‚Tür an Tür‘ der ambulante Bereitschaftsdienst die Behandlung leichterer Erkrankungen wie etwa grippaler Infekte oder Magenverstimmungen übernimmt – und das alles unter einem Dach. Damit soll eine schnellere und passgenauere Behandlung unterschiedlichster Fälle durch eine bessere Zuordnung möglich werden.*“

# Kooperation zwischen ÄBD und KH (Triage) – 3

- Enger Austausch zwischen KVH und KH-Notfallambulanz
- Hervorragende Zusammenarbeit sowohl von KH als auch ÄBD bescheinigt
- Patientensteuerung funktioniert, bisher nur positive Resonanz
- Den Patienten wird an der richtigen Stelle geholfen
- In den ersten 10 Tagen des Projekt 408 Patienten von der Zentralen Notdienstaufnahme des KHs an ÄBD vermittelt
- Mittlerweile zwischen 15 und 30 Patienten pro Dienst

# Schwierigkeiten

- KV alleine kann in derzeitiger Situation nur Angebote machen
- Patient muss Angebote annehmen
- Aktive Steuerung nur gemeinsam durch Krankenkassen, Krankenhäuser und KVen möglich
  - Information über Notdienst durch alle Beteiligten
  - Ggf. unangenehme Entscheidungen treffen und durchsetzen, z.B. Patient aus Notaufnahme in Notdienst umleiten
  - Pilotprojekte zur Zusammenarbeit

# Agenda

1. Rechtlicher Rahmen
2. Erfordernis der Patientensteuerung
3. Vorschläge des Sachverständigenrats Gesundheit sowie von KBV und Marburger Bund
4. Initiativen in Hessen
5. Ausblick

# Fortentwicklung Notfallversorgung

- Patientensteuerung muss bewältigt werden
  - Vorschläge erscheinen vielversprechend
  - Umsetzung muss in täglicher Handhabung bewiesen werden
- Rechtliche Rahmenbedingungen müssen geschaffen werden
  - Regelung für gemeinsame Leitstellen (Landesrecht, ggf. Anpassung Rettungsdienstgesetze)
  - Gemeinsame Datenverarbeitung bzw. Weitergabe der Patientendaten bei Triage in richtige Versorgungsebene

# Politische Entscheidungen

- Abzuwarten bleibt auch politische Positionierung der neuen Bundesregierung
- Keine Aussagen in Parteiprogrammen zur Bundestagswahl zum ambulanten Notdienst, allenfalls zur Notfallversorgung generell, dazu stark divergierend
  - auskömmliche Finanzierung KH zur kostendeckenden Behandlung von Notfällen
  - Flächendeckende Notfallversorgung erhalten
  - Notfallversorgung reformieren
  - Finanzielle Fehlanreize abschaffen
- Nach Aus der Sondierungsgesprächen zukünftige Gesundheitspolitik nicht kalkulierbar

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

# Backup

# PiNo Nord (DÄ Heft 39, 2017)

- Finanziert von KVHH, KVSH und ZI
- Befragung von 1.300 Patienten in fünf Kliniken (3x HH, 2x SH)
- Motivation für Aufsuchen der KH-Ambulanz
  - 41% aus eigenem Entschluss
  - 17% auf Empfehlung des Hausarztes
  - 8% auf Anraten eines Facharztes
  - Rest: verschiedene Empfehlungen (andere Akteure des Gesundheitswesens, Familienangehörige, Bekannte)
- Häufigste Gründe
  - Kein Hausarzt verfügbar: 26%
  - Kein Facharzt verfügbar: 21%
  - Notaufnahme bevorzugte Behandlung (bessere diagnostische und therapeutische Möglichkeiten): 19%

# PiNo Nord - Kernaussagen

- Mehr als die Hälfte der Patienten, die eine Notaufnahme aufsuchten, bewerteten die Dringlichkeit ihrer ärztliche Behandlung als niedrig und fallen damit nicht unter die Definition eines Notfall
- Patienten mit subjektiv niedriger Behandlungsdringlichkeit waren jünger, seltener im Ausland geboren und klagten seltener über zunehmende und starke Beschwerden als Patienten mit höherer subjektiver Behandlungsdringlichkeit
- Gründe für Notaufnahmebesuch waren vielfältig und könnten neben der Dringlichkeit des Gesundheitsproblems auch in wahrgenommenen strukturellen Gegebenheiten und individuellen Patientenpräferenzen liegen
- Im beobachteten Patientenkollektiv waren sowohl die Notfallpraxen als auch der fahrende Notfalldienst der kassenärztlichen Vereinigungen relativ unbekannt
- Individuelle Beweggründe wie Bequemlichkeitserwägungen, negative Erwartungen über die Verfügbarkeiten ambulanter Ärzte oder die Erwartung einer besseren Versorgung in der Notaufnahme als im ambulanten System spielten für viele Patienten eine wichtige Rolle.

# PiNo Nord – Gründe für KH

**TABELLE 2**

**Subjektive Gründe dafür, dass das Problem nicht ambulant bewältigt wurde***

| | gesamt (n = 1 139) | hohe subjektive Behandlungs-dringlichkeit (n = 513) | niedrige subjektive Behandlungs-dringlichkeit (n = 626) | p |
|---|---|---|---|---|
| **Dringlichkeit, davon** | 48,7 % | 57,9 % | 41,1 % | < 0,001 |
| – Dringlichkeit aufgrund der Stärke der Beschwerden/Schmerzen | 28,5% | 39,4 % | 19,7 % | < 0,001 |
| – Patient hat Angst vor gefährlichen Ursachen/Verläufen | 17,7 % | 21,6 % | 14,4 % | 0,001 |
| – Dringlichkeit aufgrund einer Zunahme der Beschwerden/Schmerzen | 10,0 % | 14,0 % | 6,7 % | < 0,001 |
| **hausärztliche Versorgung/Verfügbarkeit, davon** | 26,1 % | 19,9 % | 31,2 % | < 0,001 |
| – Es war keine geöffnete Hausarztpraxis verfügbar. | 23,4 % | 16,8 % | 28,9 % | < 0,001 |
| **fachspezialistische Versorgung/Verfügbarkeit, davon** | 21,7 % | 19,5 % | 23,5 % | 0,104 |
| – Es war keine geöffnete Praxis des Fachspezialisten verfügbar. | 13,9 % | 12,5 % | 15,0 % | 0,217 |
| **krankenhausspezifische Faktoren, davon** | 20,6 % | 22,0 % | 19,5 % | 0,292 |
| – Patient ist in diesem Krankenhaus früher schon gewesen | 9,5 % | 10,3 % | 8,8 % | 0,376 |
| – Krankenhaus ist nah am Wohnort/ gut zu erreichen | 7,8 % | 7,0 % | 8,5 % | 0,365 |
| – Krankenhaus hat guten Ruf/wurde empfohlen | 6,1 % | 7,0 % | 5,3 % | 0,219 |
| **Notaufnahme wird gegenüber ambulanter Behandlung bevorzugt, davon** | 19,1 % | 19,5 % | 18,7 % | 0,731 |
| – Die Notaufnahme hat bessere diagnostische Möglichkeiten. | 7,9 % | 8,2 % | 7,7 % | 0,746 |
| – Die Notaufnahme hat bessere Behandlungsmöglichkeiten. | 6,0 % | 7,2 % | 5,0 % | 0,109 |
| **Unkenntnis** | 2,7 % | 2,3 % | 3,0 % | 0,473 |
| **Patient ist nicht krankenversichert** | 0,1 % | – | 0,1 % | 0,365 |

* Mehrfachnennungen waren zulässig